Immer da, wenn Hilfe benötigt wird

Unsere Leistungen:

- Rettungsdienst
- Mobile Alten- und Krankenpflege
- Hausnotruf
- Blutspende
- Gebrauchtkleidersammlung
- Ausbildung Erste Hilfe
- Kindergärten
- Sanitäts- und Betreuungszug, Hilfe bei Katastrophen
- Sanitätsdienstliche Absicherung
- Bergwacht
- Hilfe in Notlagen: Kleiderkammer, Tafel Gotha

Unserer Aufgaben können wir nur Dank vieler fleißiger, ehrenamtlicher Helfer aufrecht erhalten und erweitern.
Wir freuen uns über jede Unterstützung und Spende.

www.hopp-kommunikation.de • Stand 02/2019

DRK-Kreisverband Gotha e.V.
Oststraße 31 • 99867 Gotha

Telefon 03621 4196-0 info@drk-gotha.de
Telefax 03621 4196-29 www.drk-gotha.de

Vorerkrankungen

Liegen bei Ihnen ein oder mehrere Krankheitsbilder vor oder werden/wurden Behandlungen durchgeführt?

	Nein	Ja	Wenn ja, wann /Typ / ...
Asthma / COPD			
Bluthochdruck			
Blutverdünnung			
Bypass-Operationen(en)			
Diabetes			
Herzinfarkt			
Herzschrittmacher			
Krampfleiden			
Schlaganfall Bitte notieren Sie ggf. auch bleibende Beeinträchtigungen.			

Rotkreuzdose

Alles Wichtige kompakt verpackt.

Deutsches Rotes Kreuz

Persönliche Daten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße + Nr.:

PLZ, Ort:

Blutgruppe:

Krankenkasse:

Versichertennummer:

Telefon:

Telefon Mobil:

Foto Besitzer / in

Bitte füllen Sie dieses Datenblatt gewissenhaft aus und aktualisieren Sie die Daten regelmäßig. Neue Datenblätter sowie Aufkleber können beim Roten Kreuz nachbestellt werden.

Mit der Rotkreuzdose soll in Notsituationen sinnvolle Unterstützung der Helfer zum Wohle des Patienten geleistet werden. Verantwortlich für die hinterlegten Daten, deren Umfang und die Vollständigkeit und Richtigkeit, ist ausschließlich der Besitzer/die Besitzerin der Rotkreuzdose.

Medikamentenplan

Sie können auch gerne eine Kopie des Medikamentenplans Ihres Hausarztes in der Dose aufbewahren.

Medikament	Dosierung	Einnahme

Medikamentenunverträglichkeiten

Wo werden die Medikamente aufbewahrt?

Kontaktperson 1

Name:

Vorname:

Straße + Nr.:

PLZ, Ort:

Bezug:

Telefon Privat:

Telefon Mobil:

Telefon gesch.:

Kontaktperson 2

Name:

Vorname:

Straße + Nr.:

PLZ, Ort:

Bezug:

Telefon Privat:

Telefon Mobil:

Telefon gesch.:

Hausarzt

Name:

Straße + Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon 1:

Telefon 2:

Mobil:

Pflegedienst

Name:

Straße + Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon 1:

Telefon 2:

Mobil:

Sonstige wichtige Hinweise

Patientenverfügung ja ☐ nein ☐

wenn ja, wo?

Organspendeausweis ja ☐ nein ☐

wenn ja, wo?

Vorsorgevollmacht ja ☐ nein ☐

wenn ja, wo?

Allergien

Rotkreuzdose

Alles Wichtige kompakt verpackt.